

## **СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПОТИРЕОЗ - ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ МИОМЫ МАТКИ**

*Исаченко Т.П.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

Об актуальности проблемы гипотиреоза в клинической практике врачей абсолютно любых специальностей говорить не приходится. Гипотиреоз является одним из самых частых заболеваний эндокринной системы. По данным некоторых эпидемиологических исследований, в отдельных группах населения распространенность субклинического гипотиреоза достигает 10–12% [1, 4]. В последнее десятилетие появилось большое число работ, посвященных проблеме гипотиреоза, которые существенно изменили наши взгляды на всю патологию щитовидной железы [2, 3]. В первую очередь это связано с большим числом заболеваний как сопутствующих гипотиреозу, так и появившихся вследствие гипотиреоза.

Клиническое значение гипотиреоза определяется следующим:

- Гипотиреоз, как правило, развивается медленно и незаметно;
- Гипотиреоз может потенциально приниматься за другие заболевания или состояния (гиперлипидемия, нерегулярные менструации, менопауза, депрессия)
- Гипотиреоз, включая субклинические формы, отражается на функционировании практически всех органов и систем [3].

Особое место среди заболеваний щитовидной железы занимает субклиническая форма гипотиреоза. Диагноз субклинического гипотиреоза устанавливается в том случае, когда в крови выявляется повышение уровня ТТГ при нормальном уровне Т4. Он встречается очень часто, но его практически невозможно диагностировать клиническими методами, т.е. при этом заболевании какие-либо симптомы могут отсутствовать или быть слабо выражены. Измерение уровня ТТГ в крови позволяет определить даже весьма незначительное нарушение функции щитовидной железы [51..

Цель исследования: выявление субклинических и малосимптомных форм гипотиреоза у женщин с миомой матки.

Нами было обследовано 104 женщины, страдавшие миомой матки и нарушениями менструального цикла (полименорея, гиперполименорея, меноррагии), проживавших в городе Витебске (местность эндемичная по зобу). Возраст больных был в пределах от 30 до 50 лет. Клиническое обследование включало ультразвуковое сканирование органов малого таза и щитовидной железы, определение в крови уровня гормонов щитовидной железы, гипофиза и яичников. В результате комплексного обследования у 84 (84,8%) из 104 женщин были выявлены морфофункциональные особенности щитовидной железы. Так, у 61 (72,6%) из 84 больных был выявлен первичный гипотиреоз в виде эндемического зоба с субклинической формой гипотиреоза, у остальных 23 (27,4%) пациенток были обнаружены клинические формы нарушения функции щитовидной железы. Больным с субклиническими формами гипотиреоза в комплексную терапию нарушений менструального цикла были включены следующие препараты – левотироксин, йодид или тиреокомб.

Все женщины находились под длительным (от 2 до 6 лет) динамическим наблюдением. При этом из 84 женщин подверглись оперативному вмешательству 11 (13,1%). Основными показаниями для хирургического лечения были следующие: быстрый рост миомы (3), большие размеры (3), сочетание миомы с аденомиозом (2) и эндометриоидными кистами яичников (1), симптомное течение миомы (2). Остальные 73 женщины, находившиеся под динамическим наблюдением, получали консервативную терапию (фитотерапию, антиоксиданты, физиолечение, препараты железа, йодид и по показаниям левотироксин). В результате непрерывной комплексной терапии менструальный цикл был восстановлен в течение первых девяти месяцев у 41,1% (30) больных, в течение года – у 26,0% (19), в течение 2 лет – у 15,1 % (11), остальные 13 (17,8%) пациенток продолжают лечение. У всех 73 женщин находившихся длительное

время под динамическим наблюдением не было отмечено значительного роста миомы матки.

Таким образом, необходимо, чтобы все женщины, страдающие миомой матки, направлялись на обследование к эндокринологу (с обязательным исследованием гормонального профиля) на предмет выявления у них заболеваний щитовидной железы. Женщины с субклиническими формами первичного гипотиреоза должны состоять на учете у эндокринолога и проходить соответствующее лечение.

Литература:

1. Холодова Е.А., Козюк Т.В. О гиперплазии щитовидной железы // Пробл. эндокринологии. – 1989. – Т. 35, № 2. – С. 52-53
2. Шустов С.Б., Халимов Ю.Ш. Функциональная и топическая диагностика в эндокринологии: Научно-методическое издание. – СПб.: ЭЛБИ СПб. – 2001. – 239 с.
3. Щеплягина Л.А. Медико-социальные последствия йоддефицитных состояний // Рос. педиатр. ж. - 1998. - № 1. - С. 33-37
4. Эпштейн Е.В., Матяшук С.М. Атлас. Руководство по ультразвуковой диагностике заболеваний щитовидной железы. - Запорожье: Знание, 1997. - 125с.
5. Ямасита С., Ито М. Диагностика заболеваний щитовидной железы. - Токио, 1996. - 134 с.